Le terme et ses réseaux. Un outil pour l'appropriation terminologique

Valérie Delavigne[1]

[1] Laboratoire LiDiFra EA 4305 ; Institut national du Cancer
v-delavigne@wanadoo.fr

Résumé *:* Face à l'augmentation de la demande d'information des personnes malades et à leur rôle croissant dans la prise de décision médicale, l'accès à une information validée, compréhensible et systématiquement actualisée, en correspondance avec leurs besoins, est un enjeu majeur de Santé publique. Améliorer la qualité de la prise en charge des patients passe par l'appropriation des principaux termes en lien avec la maladie. Cet article présente une partie de la plateforme terminologique LexOnco (LEXique d'ONCOlogie), qui vise à offrir aux personnes concernées par le cancer un dictionnaire validé sur le plan médical et qui tient compte de leurs besoins d'information. Cet article insiste plus particulièrement sur les aspects d'appropriation terminologique *:* il propose un modèle lexicographique qui, mettant à disposition des fiches descriptives des termes, en révèle leurs réseaux paradigmatique et syntagmatique et, par le biais de cotextes choisis, les montre en situation, œuvrant ainsi à faire émerger la possibilité de l'avènement d'une culture « périmédicale ».

Mots-clés *:* Socioterminologie, lexicographie, réseau, appropriation terminologique, vulgarisation, cancer.

1 Contexte et enjeux

Le système de santé est engagé aujourd'hui dans une démarche d'adaptation aux besoins des patients et promeut leur participation active aux soins.

Face à la demande sociale, la relation médecin-patient évolue peu à peu. D'un modèle « paternaliste » traditionnel dans lequel le médecin décide du traitement, on est passé au paradigme - idéal - participatif d'une décision médicale partagée. Le patient est désormais présumé être *acteur* des soins, qui lui sont *proposés*, et non plus imposés.

1.1 L'information du patient : une demande sociale insatisfaite

Cette évolution suppose un patient qui détienne le savoir nécessaire à son implication dans les choix thérapeutiques. Dès lors, l'expertise doit circuler et le transfert de connaissances s'élargir, faisant ainsi évoluer les usages langagiers.

Une information précise, complète, technique, fiable et conforme aux données actuelles de la science sur la maladie et sa prise en charge, s'avère être un des besoins

essentiels des patients atteints de cancer (Sutherland, 1989 ; Moumjid-Ferdjaoui, 2000 ; Jenkins, 2001 ; Camhi, 2004). L'offre d'information existe, qu'elle émane d'acteurs institutionnels, d'associations de malades, d'établissements de santé, des médias, des laboratoires, etc. Cependant, bien qu'abondante, cette offre est incomplète : les résultats d'enquêtes auprès de patients comme les revendications d'associations de malades montrent que l'accès libre à l'information reste l'objet d'attentes non satisfaites.

1.2 Un programme

De ces constats a émergé un programme visant à mettre à disposition des personnes malades une information médicale validée, compréhensible et régulièrement actualisée. Il s'agit de produire des outils textuels *:* guides, fiches d'information, glossaires, dictionnaire…, destinés à compléter et à renforcer l'information orale (sans certes s'y substituer), à l'aide d'une méthodologie strictement définie (Carretier *et al.*, 2004).

1.3 Vers une appropriation terminologique

Améliorer la qualité de la prise en charge des patients passe par l'appropriation des savoirs en rapport avec la maladie et partant, des terminologies en circulation. Parler la même langue est la condition fondamentale du dialogue. Or l'écueil essentiel réside dans le « jargon » médical, jargon que nous assimilons aux termes[1] et à la phraséologie propre à cette activité.

Dans le contexte comminatoire de la cancérologie, cette notion « d'appropriation » des terminologies circulantes est centrale. La terminologique est partie prenante des relations interindividuelles, intervenant tout à la fois dans l'interlocution avec les médecins et les équipes médicales, et dans les échanges autour de la maladie avec les proches et d'autres patients. Il s'agit de faire en sorte non seulement que les patients puissent comprendre leur maladie, leurs examens, leurs traitements, mais également qu'ils puissent dialoguer avec les professionnels de santé, communauté discursive inhomogène[2]. Autrement dit, les patients doivent s'approprier les formes foisonnantes utilisées par la communauté langagière médicale pour les décoder, mais également pour les encoder et les manipuler au mieux en fonction de leur désir de dialogue[3].

On peut considérer que le travail d'appropriation est effectué dès lors que les termes sont incorporés aux vocabulaire passif et actif du patient, perdent leur caractère

[1] Nous définirons le terme comme une unité lexicale dont la spécificité est à relier à son statut dans une communauté discursive donnée. Ce statut se manifeste dans le discours par des marques repérables (énoncés définitionnels, reformulations, connotations autonymiques, thématisations, etc.). Le terme ne devient tel que par décision du locuteur ou de l'analyste, qui le juge pertinent pour un savoir, un système de connaissances ou une pratique.

[2] Les terminologies peuvent être aussi un lieu d'affrontement des rôles sociaux médecin-malade. Posséder l'usage du jargon est aussi une façon de dénouer une forme de pouvoir symbolique.

[3] Cette appropriation des terminologies médicales est à corréler au niveau socioculturel des patients, parfois, à leur culture d'origine et, bien évidemment, à leur désir de savoir.

« exotique » et, en devenant plus familiers, ne procurent plus de « sentiment néologique » (Gardin *et al*, 1974).

2 Pour un dictionnaire pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches : élaboration d'une plateforme

Dans le cadre de ce programme a été initié un projet terminologique spécifique, LexOnco (LEXique d'ONCOlogie). Ce projet a pour objectif de proposer aux patients en complément des documents d'information, un dictionnaire en ligne sur le cancer, validé sur le plan médical et tenant compte des besoins d'information et des préférences des personnes malades et de leurs proches[4].

L'environnement informatique procure une grande souplesse d'utilisation sur différents plans (Kilgarriff, 2005 ; Pruvost, 2006). « Déliée de la linéarité, [la consultation informatisée] confère à l'ouvrage une dimension comparable aux 3D de l'architecture » (Martin, 2008 *:* 1240). Sans se confondre avec une version numérique de dictionnaires papier pour laquelle on aurait opéré un simple transfert de contenu (ce qui reste encore souvent le cas. Cf. Béjoint, 2007), le projet est de proposer un outil qui permette aux non-spécialistes de s'approprier les terminologies médicales dont ils ont besoin, et qui offre aux professionnels de santé des éléments langagiers pour vulgariser au mieux leur terminologie. Nous travaillons donc à construire une ressource qui, au-delà des aspects lexicographiques « traditionnels », puisse autoriser ou, à tout le moins, faciliter un réel partage des connaissances[5].

Qu'un dictionnaire puisse permettre une appropriation terminologique, rien n'est moins sûr. Néanmoins, il peut à tout le moins en offrir des éléments facilitateurs. Nous en faisons l'hypothèse, en proposant une stratégie dictionnairique que nous évoquons plus bas.

2.1 Le public

Toute énonciation, lexicographique ou autre, prend en charge la question de son co-énonciateur, quand bien même elle reste implicite ; et toute réception est socialement située.

Une ressource terminologique porte au cœur de son élaboration la problématique de son adaptation au public visé. Or le « patient » est un public pour le moins hétérogène. Nous voici *ipso facto* confrontés à la variabilité, en présence d'un destinataire multiple et multiforme, de différents types d'usagers, dotés de valeurs

---

[4] Ce dictionnaire est mis en ligne sur le site de l'Institut national du Cancer : www.e-cancer.fr, agence sanitaire chargée de coordonner la politique nationale de lutte contre le cancer dans les domaines de la recherche, de l'organisation des soins, de la prévention, du dépistage et de l'information des publics. Cette première version du dictionnaire ne prend la forme que de simples définitions, sans encore intégrer les aspects développés ici.

[5] A côté du dictionnaire en ligne, il est envisagé une publication papier, nécessaire pour répondre à la variété des usages et des échanges. La fracture numérique et les disparités dans l'usage d'internet sont en effet une réalité dont il faut tenir compte.

sociales et culturelles différentes, qui vivent différemment la maladie. Et qui, de surcroit, évoluent tout au long de leur parcours de soins...

Dès lors, comment se donner un modèle de co-énonciateur ? Pour contourner cette aporie, diverses méthodes d'enquête peuvent être utilisées : « *focus groups* », entretiens semi-directifs, questionnaires… En nous livrant l'horizon d'attente des patients et en les faisant participer à l'élaboration du dictionnaire, que ce soit sur des questions de macrostructure[6] ou de microstructure[7], ces informateurs permettent d'esquisser une modélisation des utilisateurs potentiels et de recueillir des indicateurs sur leurs préférences afin d'adapter au mieux l'outil.

2.2 Plateforme vs dictionnaire

L'ensemble du processus de description terminologique est consigné dans son ensemble dans une base de données Access. C'est pourquoi nous parlerons ici de plateforme terminologique. Divers liens intégrés donnent accès au corpus, aux outils de description et d'analyse, aux annuaires des groupes de travail et aux fiches de consultation[8].

2.3 La nomenclature

La nomenclature rassemble les termes extraits des documents produits par le programme décrit en 1.2, soit actuellement un peu plus de 1200 termes[9]. Elle sera alimentée par les unités terminologiques des documents à venir.

Le recueil des termes ne préjuge pas de leur appartenance à un domaine spécifique (on trouve par exemple le terme de *curatelle*, réputé appartenir plus spécifiquement au domaine du droit ou du social) ou à un quelconque réseau conceptuel. Il s'agit de repérer les termes utilisés au travers des discours où s'opèrent les « réglages » de sens[10], unités cernables en contexte, en se centrant sur la notion d'usage.

2.4 Le corpus

Le corpus est construit pour documenter une ressource terminologique spécifique. Il contient d'une part, l'ensemble des guides publiés dans le cadre du programme décrit *supra*, d'autre part, des textes repérés comme « médicaux » *:* ouvrages et sites médicaux, cours, articles, recommandations pour la pratique clinique, brochures pour les patients, revues ou sites de vulgarisation…, mais aussi documents traitant

---

[6] Structure du dictionnaire.

[7] Programme d'information sur les entrées.

[8] Précisons qu'il ne s'agit pas d'un type de plateforme intégrée qui permettrait de réaliser des glossaires de façon automatique ou quasi-automatique qu'évoque Béjoint (2007 *:* 105).

[9] Septembre 2009.

[10] Nous différencions la « signification » qui résulte du système de la langue et qui peut être illustrée par un énoncé-type, du « sens » qui découle de la mise en œuvre du système au cours d'une énonciation dans un énoncé-occurrence. Si la signification est stable grâce aux sèmes inhérents (qui assument la stabilité conventionnelle et permettent l'intercompréhension), le sens se construit en discours (Rastier, 1994).

d'aspects psychologiques, sociaux, relatifs au droit, etc., reflet de la pluridisciplinarité de la cancérologie. Une part de ce corpus se compose de ressources terminologiques, électroniques ou non *:* dictionnaires spécialisés et de vulgarisation, glossaires, mais aussi dictionnaires de langue dans lesquels de nombreux termes médicaux sont décrits. Il est complété par des « corpus opportunistes », autrement dit une documentation rassemblée *ad hoc* pour les besoins de recherche autour d'un terme ou des énoncés oraux obtenus auprès de nos informateurs.

2.5 Outil d'analyse

Sans nous y étendre ici, signalons que le corpus est exploité à l'aide du logiciel Nooj, développé par Max Silberztein. Le logiciel nous permet d'explorer les différentes relations autour des termes, dont il va être question *infra*.

2.6 Des validations de niveaux différents

Afin de répondre au mieux aux attentes des utilisateurs potentiels, la méthodologie d'élaboration place ceux-ci au cœur du processus, garantie de la qualité des produits lexicographiques produits (cf. 2.1).

À l'issue de la construction des définitions est engagé un processus de validation, tant sur le plan du contenu médical que sur celui de la lisibilité et de l'accessibilité sémantique, convoquant divers collèges de locuteurs, experts et patients (Delavigne *et al.*, 2007). Les commentaires épi- et métalinguistiques des différents intervenants sont accessibles sur la plateforme.

Cette validation n'exclut nullement une évaluation du dictionnaire par ses utilisateurs, évaluation qui sera formalisée par la suite, à l'issue de sa mise en ligne définitive.

3 De la définition au sens en réseau

Dans l'imaginaire culturel, le dictionnaire est censé produire des définitions. Cependant, reflet du sentiment linguistique du descripteur, une définition bloque la construction du sens dans une direction, sans révéler la pluralité des « points de vue » possibles et la labilité des emplois.

Un dictionnaire de vulgarisation vise une certaine efficacité didactique. Si la définition doit permettre à l'utilisateur de saisir la signification du terme décrit (décodage), elle devrait aussi lui permettre de produire des énoncés (encodage). Il lui faut pour cela percevoir le fonctionnement discursif du signe, afin de pouvoir l'utiliser et dialoguer. Or il n'est pas sûr que la sècheresse d'une définition, jamais complète, parvienne à réaliser cet objectif.

Afin de pallier l'insuffisance de la définition qui ne laisse pas toujours saisir toutes les dimensions du sens des termes, l'approche que nous adoptons vise à la compléter par la mise à disposition de fiches descriptives cotextuelles qui permettent le passage

de la langue au discours, fondamental pour la connaissance d'un mot (Rey-Debove, 2005).

3.1 Décrire pour faire sens : des fiches descriptives aux fiches de consultation

Le traitement lexicographique se mène à l'aide de fiches décrivant le fonctionnement sémantique et distributionnel de chaque terme. Cet outil de description a montré son opérativité à plusieurs reprises (Bouveret et Gaudin, 1996 ; Tran, 1999 ; Gaudin, Holzem et Wable, 1999 ; Delavigne 2001. Pour une évolution, Mortchev-Bouveret, 2007). Ces fiches, ici adaptées, ont un double objectif *:*

1- outil descriptif des entrées ;
2- aide à la rédaction de la définition.

Les fiches regroupent un certain nombre de rubriques, remplies en puisant dans le corpus et destinées à faire apparaître le « mode d'emploi » du terme *:* sa place dans le système de la langue, ses cooccurrents possibles en discours, sa combinatoire, ses référents habituels… Trois types de fiches ont été construites, les relations convoquées n'étant pas les mêmes pour les noms, les adjectifs et les verbes (Delavigne, 2001). À chaque fois, les entrées sont décrites dans leurs dimensions morphologique, syntaxique, sémantique et combinatoire, une analyse locale de cotextes collectionnés permettant d'extraire les relations et de compléter les rubriques correspondantes, sans préjuger de relations préexistantes[11]. L'analyse de la structure obtenue permet de mettre en évidence les relations saillantes du terme en fonction des rubriques remplies, et d'élaborer une définition adaptée.

Ces fiches devraient, à terme, être mises à disposition des utilisateurs, leur offrant ainsi, au côté de la définition, diverses voies d'accès au sens. En effet, afin de disposer des moyens de mettre un terme en discours, le locuteur doit pouvoir repérer les relations que ce terme entretient avec les autres unités de la langue. La fiche fournissant des informations d'ordre lexical et paradigmatique d'une part et, d'autre part, des renseignements d'ordre syntagmatique, elle offre des éléments sur la combinatoire du signe et ses conditions d'emplois, autorisant ainsi la production, l'encodage. Convoquer les deux axes permet d'équiper le locuteur des conditions d'utilisation du terme.

A cette fin, après un profond travail de vulgarisation, de présentation et de remaniement de leur contenu, les « fiches de description » doivent être transformées en « fiches de consultation » en reformulant l'intitulé des rubriques *:* notre propre jargon doit être clarifié. En effet, nul doute qu'à évoquer tel *hyperonyme* ou tel *isonyme*, on effraie plus l'utilisateur qu'autre chose… Au-delà d'une simple reformulation, certains intitulés peuvent être symbolisés ou transformés en phrases explicites du type[12] :

[11] C'est à notre sens replacer l'usage réel au cœur de l'analyse.
[12] L'entrée est signalée par le gras souligné du style de police ; ses descriptions en gras.

```
(Hyperonyme) Une chimiothérapie est une sorte de traitement.

(Hyponymes) Il existe plusieurs types de chimiothérapie,
selon sa place dans le déroulé des traitements : une
chimiothérapie adjuvante se fait après le traitement
principal ; une chimiothérapie néoadjuvante se fait avant
le traitement principal.
```

Le contenu doit être guidé par un principe de pertinence. Ainsi tel hyperonyme « technique » ne sera pas toujours éclairant pour un consulteur profane. Il convient donc, dans la fiche de consultation, de ne sélectionner que les paradigmes adaptés au niveau de vulgarisation visé.

Dans ce qui suit, nous présentons l'ossature des fiches descriptives.

3.2 Des informations sur le signifiant

Un premier groupe de rubriques propose des informations relatives au signifiant *:* Grammaire[13], Abréviation, Variante orthographique, Symbole, sigle ou acronyme, Paradigme morphosémantique, chacune étant accompagnée de sa règle de formation. Les champs non remplis n'apparaissent pas.

Prenons l'exemple de *chimiothérapie :*

```
Grammaire : Nom féminin
Abréviation : chimio
Paradigme morphosémantique : chimiothérapeute
   Règle de formation : chimio- + -thérapeute
Paradigme morphosémantique : chimiosensible
   Règle de formation : chimio- + -sensible
Paradigme morphosémantique : polychimiothérapie
   Règle de formation : poly- + -chimiothérapie
Paradigme morphosémantique : monochimiothérapie
   Règle de formation : mono- + -chimiothérapie
```

Bien évidemment, chaque unité trouvant place au sein d'une rubrique doit avoir, à terme, sa description dans la base, accessible par un lien hypertextuel.

La rubrique Paradigme morphosémantique (Guilbert, 1975) permet ici de faire le lien avec le formant *chimio*-. Dans un objectif de vulgarisation et donc, d'appropriation des signes, cette notion de paradigme terminologique s'avère fort intéressante. En effet, les séries formées à partir d'un formant de base créent des liens entre les différents dérivés et composés dans lesquels il entre. Une telle rubrique, en décrivant des « séries intégratives » (Chabridon et Lerat, 1993 *:* 60), permet une familiarisation avec les dérivés et composés du terme décrit, en mettant le doigt sur

[13] Les rubriques apparaissent avec une majuscule à l'initiale.

certaines constantes sémantiques[14]. Ce sont autant de moyens de pister le sens des signes en consultant les fiches correspondantes.

3.3 Les relations paradigmatiques

Le deuxième groupe rassemble des relations paradigmatiques *:* Hyperonyme, Hyponyme, Holonyme, Méronyme, Chrononyme[15] antérieur, Chrononyme postérieur, Synonyme, Antonyme, Isonyme (complété par une rubrique Trait distinctif), Paradigme désignationnel[16] et Autres relations paradigmatiques[17].

Ainsi pour *chimiothérapie :*

```
Hyperonyme :
      traitement
      traitement général
Hyponyme :
      chimiothérapie adjuvante
      chimiothérapie concomittante
      chimiothérapie néoadjuvante
      chimiothérapie exclusive
      chimiothérapie de première ligne
      chimiothérapie de deuxième ligne
      hormonothérapie
Holonyme :
      programme personnalisé de soins (PPS)
      plan de traitement
      plan thérapeutique
Isonyme : radiothérapie
    Trait distinctif : médicaments/rayons
Isonyme : chirurgie
    Trait distinctif : médicaments/opération
Méronyme : cure
Chrononyme antérieur :
      chirurgie
      radiothérapie
```

[14] Notre arrière-plan théorique tient compte d'une sémantique des morphèmes, en tant que signes minimaux dotés d'une signification (Rastier *et al*, 1994).

[15] Les relations chrononymiques sont des relations qui décrivent des étapes en mettant l'accent sur la contiguïté temporelle (Delavigne, 2001).

[16] Relation spécifiquement discursive : c'est une désignation, et non une dénomination, qui réfère à un objet de discours donné (Mortureux, 1993). Par exemple, *cochonnerie* appartient au paradigme désignationnel de *cancer*. Certaines de ces désignations, éclairantes, peuvent être utilement proposées aux patients, ou mises au service des vulgarisateurs.

[17] Y trouvent place au fil de la description des relations non repérées au préalable. C'est ainsi qu'est née la rubrique Chrononyme (Delavigne, 2001).

```
Chrononyme postérieur :
      chirurgie
      radiothérapie
```

Une définition offre rarement les moyens de clarifier le niveau auquel une entrée se situe. L'imprécision liée à la superposition des niveaux ne suscite guère l'élaboration d'un contenu appropriable *:* c'est au lecteur de reconstruire les liens, sauf qu'il n'en a pas toujours les moyens. Ici, chaque terme se trouve replacé dans son réseau lexical rendu apparent.

On notera que sont consignées des potentialités *:* une chimiothérapie peut avoir lieu avant ou après une chirurgie ou une radiothérapie (plus rarement, en même temps).

Par rapport à notre perspective, insistons sur la relation d'isonymie, parfois appelée co-hyponymie. Cette rubrique élucide le contenu du terme en partant de ce qui est le plus proche, ce qui lui confère un grand intérêt. Ainsi, l'unité *chimiothérapie* se voit placée en tant que *traitement* (hyperonyme des deux autres termes) au même niveau que *chirurgie* et *radiothérapie*, situant ainsi la valeur du signe.

De même, la rubrique Paradigme désignationnel enregistre des relations discursives potentiellement intéressantes pour repérer de « bons » candidats pour vulgariser (par exemple, *banque de tumeurs* pour le terme *tumorothèque*).

3.4 Les relations syntagmatiques

Un autre groupe de rubriques prend en compte non plus les aspects lexicaux de l'entrée décrite, mais des considérations d'ordre « pragmatique » pourrait-on dire, autrement dit, renvoie à la relation entre l'entrée et ses locuteurs. On dépasse ici les faits paradigmatiques pour se tourner vers des données syntagmatiques recensées dans le corpus. Dans l'optique d'un dictionnaire de vulgarisation, signaler ces relations présente l'avantage de saisir la combinatoire des unités, d'en apprécier le sens et de donner ainsi accès à l'usage des termes.

La rubrique Phraséologie, destinée à montrer le fonctionnement syntagmatique le plus courant du terme, indique soit des constructions grammaticales spécifiques, soit des combinaisons discursives caractéristiques. Suivent les relations d'Agent, d'Objet, de Destinataire, d'Instrument ou de Bénéficiaire, de Résultat, de Fonction et de Localisation, agrémentées d'une rubrique Autres relations syntagmatiques. Pour les verbes, on trouve les rubriques Actant 1, Actant 2, Actant 3, ainsi que leur Statut et une rubrique Formule syntaxique ; pour les adjectifs, une rubrique Schéma d'argument.

Reprenons notre exemple *chimiothérapie* :

```
Agent :
   médicaments
   substances chimiques toxiques pour les cellules
   cancéreuses
```

```
Destinataire :
   cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps
Instrument :
   perfusion
   comprimé
   piqûre
   cathéter
   chambre implantable
   site implantable
Résultat :
   destruction des cellules cancéreuses
   effets secondaires temporaires
   alopécie
   mucite
Fonction :
   détruire ou empêcher les cellules cancéreuses de se
   multiplier partout où elles se trouvent dans l'organisme
Autres relations prédicatives :
   dose
   cathéter
   protocole
```

Ne pouvant commenter toutes les rubriques, remarquons seulement qu’elles peuvent être remplies par des éléments de niveaux différents, reflet de ce qui émerge du corpus. Ce peut être des termes ou des descriptions plus longues. Ainsi, spécifier pour Destinataire *cellules cancéreuses* <u>*dans l'ensemble du corps*</u> permet d’opposer *chimiothérapie* et *radiothérapie*, autrement dit *traitement général* et *traitement local*. Pour la rubrique Résultat, une reformulation des relations repérées par des phrases du type *:* « Une chimiothérapie détruit les cellules cancéreuses », « Une chimiothérapie peut provoquer des effets secondaires temporaires comme une alopécie et une mucite » serait sans doute éclairante pour distinguer les différents niveaux.

Chimiothérapie se trouve ainsi mis en relation avec son mode d’action, sa fonction - relation souvent très rentable en vulgarisation -, les effets secondaires qu’elle provoque, toute chose d’importance pour un patient.

Enfin, un dernier groupe de rubriques est composé de Champ d’application, Usage, Notes.

```
Usage :
    terme essentiellement réservé pour désigner des
    traitements contre le cancer. Cependant, il peut être
    utilisé pour désigner le traitement de la tuberculose.
```

Parler des signes constituant une des voies d’appropriation (Delavigne, 2002), une rubrique Histoire du mot est également proposée.

3.5 Termes en cotextes

La description d'une unité ne débouche pas mécaniquement sur sa compréhension : les choses parlantes pour un linguiste ne le sont pas nécessairement pour un patient. Un mot se définit avant tout par rapport à ses usages. C'est pourquoi il nous semble fondamental de compléter la définition et la fiche par un autre mode d'accès au sens *:* un petit nombre de cotextes[18] soigneusement sélectionnés. En mettant l'unité-entrée en action, ils la rendent par-là même plus aisément appropriable.

La vertu du cotexte tient au fait de montrer le signe avec des cooccurrents, ses modes de combinaison et la façon dont il est saisi par différents types de locuteurs. Ces illustrations discursives - qui ne se réduisent pas à l'exemple (Ligas, 2008) - apportent des éléments d'information variables qui vont, bien souvent, au-delà de la définition (Martin, 1990). Contextualisant le signe, elles font émerger des éléments pertinents à sa compréhension. En outre, elles peuvent mettre en évidence des faits discursifs que la fiche n'aurait pas suffi à révéler.

Le voisinage cotextuel actualise en effet autour de l'unité-entrée des classes sémantiques (des « taxèmes » dans la terminologie de François Rastier) qui, au-delà de la valeur référentielle construite par une définition, en révèle sa valeur linguistique et active des sèmes afférents oubliés par la fiche et la définition. En montrant les conditions d'actualisation du terme, les cotextes sont linguistiquement pertinents et constitue une voie alternative d'accès aux emplois du terme.

Le choix des cotextes se fonde donc non seulement sur leur aptitude à éclairer le sens du signe, mais également sur leur capacité à montrer son fonctionnement en discours, afin d'en permettre l'appropriation[19]. L'attention doit se porter sur la lisibilité : assommer l'utilisateur sous un flot d'autres unités senties comme terroristes irait assurément à l'encontre du but visé…

4 Conclusion

Les termes sont pris dans des réseaux de nature différente : réseaux terminologiques, réseaux dérivationnels, réseaux discursifs… Ce sont ces réseaux que les fiches descriptives de la plateforme terminologique LexOnco tentent de restituer pour offrir à l'utilisateur des voies d'appropriation des termes.

La description concerne tout à la fois le signe, son fonctionnement en discours et son contenu comme moyen d'accès à un savoir. Les rubriques des fiches mettent en évidence les relations extraites du corpus et jouent par là le rôle de définitions minimales de l'unité décrite. Combinant fiches et cotextes, cette double stratégie permet au locuteur à se familiariser avec le terme replacé dans ses relations avec les autres mots de la langue. Elle offre ainsi une certaine « ergonomie cognitive ».

---

[18] Ce qui n'est pas sans poser de problèmes de choix et de délimitation (Kleiber, 1997) et qui entraîne d'épineux problèmes de droits d'auteurs…

[19] Les critères de sélection des cotextes réclameraient des développements plus conséquents, pour lesquels la place fait ici défaut.

Si l'on souhaite s'acheminer vers l'élaboration de ressources qui soient de réels outils d'encodage et que l'on vise une *appropriation* lexicale ou, en tout cas, quelque chose qui puisse la rendre possible, il s'agit de reconsidérer tout à la fois la forme de nos dictionnaires actuels et leur contenu à la lumière des potentialités que procure aujourd'hui la technologie (Béjoint, 2007).

Dans l'histoire des dictionnaires, les possibilités numériques constituent une révolution. De nouvelles formes de macro- et microstructures peuvent désormais voir le jour. En sus de la définition qui, outre qu'elle apparaît comme l'élément prototypique du dictionnaire (sans définition, peut-on encore parler de dictionnaire ?), un certain nombre d'outils « modulaires » (*i.e.* à moduler selon ses besoins) à l'aide à l'interprétation peuvent être livrés à l'utilisateur. Du point de vue du partage des savoirs, la lexicographie de demain ouvre dès lors de belles perspectives.

Références

BÉJOINT H (2007). Nouvelle lexicographie et nouvelles terminologies *:* convergences et divergences. In M-C L'HOMME & S. VANDAELE Eds. *Lexicographie et terminologie : compatibilité des modèles et des méthodes.* p. 29-78.

BOUVERET M. et GAUDIN F. (1996), Pistes de description sémantique *:* le cas de *Biolex*, dictionnaire des bio-industries, *Actes du colloque Lexicomatique et dictionnairiques*, AUPELF-UREF, Montréal. p. 349-357.

CARRETIER J., LEICHTNAM-DUGARIN L., DELAVIGNE V., BRUSCO S., PHILIP T., FERVERS B. (2004). Les SOR SAVOIR PATIENT, un programme d'information et d'éducation des patients atteints de cancer et de leurs proches. *Bulletin du Cancer.* 91(4). p. 351-361.

CAMHI B., MOUMJID N., BRÉMOND A. (2004). Connaissances et préférences des patients sur le droit à l'information médicale *:* enquête auprès de 700 patients d'un centre régional de lutte contre le cancer », *Bulletin du Cancer*, 91(12), p. 977-84.

CHABRIDON J. et LERAT P. (1985). Terme et famille de termes. *La banque des mots* 5. p. 55-63.

DELAVIGNE V. (2001). *Les mots du nucléaire. Contribution socioterminologique à une analyse des discours de vulgarisation,* thèse de doctorat, Université de Rouen, 3 vol.

DELAVIGNE V. (2002). Le double jeu de l'autonymie », *Actes du colloque international « Le fait autonymique dans les langues et les discours »,* http :/www.cavi.univ-paris3.fr/ilpga/autonymie/actes.htm.

DELAVIGNE V. (2008). Élaboration d'une ressource lexicographique informatisée pour les patients atteints de cancer, *Interactions & Usages autour du Document Numérique. CIDE 11.* p. 97-108.

DELAVIGNE V., CARRETIER J., BRUSCO S., DÉCHELETTE M., LEICHTNAM-DUgarin L. Philıp T. (2007). Comprendre les mots du cancer *:* LexOnco, dictionnaire d'oncologie pour les personnes malades et leurs proches. Aspects méthodologiques. *Bulletin du cancer,* vol. 94 n°4. p. 405-410.

GAUDIN F., HOLZEM M. et WABLE T. (1999). *Aménagement terminologique à partir des thèses soutenues devant l'université de Rouen*, Rapport à la DGLF, 2 tomes, dactylographié.

GARDIN B. *et al.* (1974). A propos du "sentiment néologique". *Langages* 36. p. 45-52.

GUILBERT L. (1975). *La créativité lexicale.* Larousse, Paris.

JENKINS V, FALLOWfiELD L, SAUL J. (2001). Information needs of patients with cancer : results from a large study in UK cancer centres, *British Journal of Cancer.* 84, p. 48-51.

KILGARRIFF A (2005). Informatique et dictionnairique. Revue *française de Linguistique appliquée* 2. p. 95-102.

KLEIBER Georges (1997). Quand le contexte va, tout va et… inversement. In C. Guimier Ed. *Co-texte et calcul du sens.* Presses universitaires de Caen. p. 11-29.

LIGAS P. (2008). Définition et exemple *:* quelle complémentarité ? L'illustration du concept dans le « Dictionnaire alphabétique et analogique du français des activités physiques et sportives » (à paraître). In *Lexicographie et Informatique. Bilan et perspectives. Colloque international, Nancy, janvier 2008*.

MARTIN R. (1990). La définition « naturelle ». In J. Chaurand et F. Mazière, Eds. *La définition.* Larousse, Paris. p. 86-95.

MARTIN Robert (2008). Perspectives de la linguistique informatisée, *Congrès Mondial de linguistique française 2008.* p. 1239-1244.

MORTCHEV-BOUVERET M. (2007). Modélisation des relations lexico-sémantique dans un dictionnaire spécialisé. In M-C L'HOMME & S. VANDAELE Eds. *Lexicographie et terminologie : compatibilité des modèles et des méthodes.* p. 293-320.

MORTUREUX M.-F. (1993). Paradigmes désignationnels. *Semen* 8. p. 123-141.

MOUMJID-FERDJAOUI N., CARRÈRE M.-O. (2000). La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale *:* les enseignements de la littérature internationale. *Revue française des affaires sociales* 2. p. 73-88.

PRUVOST J. (2006). *Les dictionnaires français. Outils d'une langue et d'une culture*. Ophrys, Paris.

RASTIER F., Cavazza M. et Abeille A. (1994). *Sémantique pour l'analyse*, Masson, Paris.

SUTHERLAND H-J., LLEWELLYN-Thomas H-A., Lockwood G-A., TRITCHLER D-L., Till J-E. (1989). Cancer patients : their desire for information and participation in treatment decisions. *Journal of Royal Society of Medicine.* 82(5). p. 260-263.

TRAN D. T. (1999). *La standardisation de la terminologie médicale vietnamienne. Une approche socioterminologique*, Thèse de Doctorat, Université de Rouen, 2 vol.